		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
ASTRID NARDELIZ ALCALA CHAVARRO					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			52.360.561		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5237 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
				24/10/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 3.280.499		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
				UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 3.280.499		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 2.460.374	
Nº DE INFORME:		2		Nº CRP:	
				44759	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05		
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		N/A		TIPO DE MODIFICACIÓN	
				ADICIONES (NUMERO)	
VALOR ADICIONADO		\$ -		PRORROGAS	
				(NUMERO)	
		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
				TIEMPO PRORROGA DO:	
III. POLIZAS					
¿FACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
				X	
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA PÓLIZA		FECHA DE APROBACIÓN:			
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)					
1	ELABORACION DE CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES CORRESPONDIENTES AL MES EN CURSO				
2	SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE LOS EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES DE HOGAR				
3	CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DE LOS EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES DE HOGAR DONDE SE REALIZA LA TOMA DE PARAMETROS DE MEDICION PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO EN GESTANTES				
4	CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DE LOS EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES DE HOGAR DONDE SE REALIZA LA TOMA DE PARAMETROS DE MEDICION PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO EN MENORES DE 5 AÑOS				
5	CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DE LOS EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES DE HOGAR DONDE SE REALIZA LA TOMA DE PARAMETROS DE MEDICION PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO EN POBLACION CON CONDICIONES CRONICAS				
6	DIGITALIZACION EN EL APLICATIVO DE SDS DE CADA UNA DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS DENTRO DEL CONTEXTO DE LOS EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES DE HOGAR				

7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	

15/11

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
Nº DE PLANILLA:	1068093131	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	07/11/2024	\$ 162.500
PENSION:	COLPENSIONES	07/11/2024	\$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	07/11/2024	\$ 31.700
OTRO:	N/A	N/A	\$ -
TOTAL PAGADO			\$ 402.200

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA	
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.	
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el IBC se calcula sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pension, rut)	
3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .	
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.	

VII. ANEXOS	
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)	
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente	

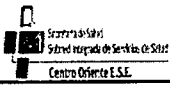
Astrid Alcala.

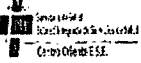
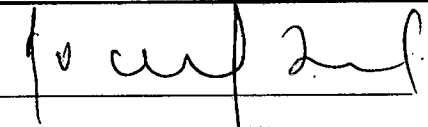
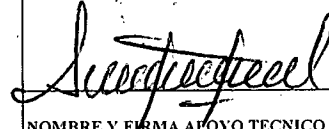
ASTRID NARDELIZ ALCALA CHAVARRO

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

CC: 52.360.561

CEL: 3227036126

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/11/2024					
NOMBRES Y APELLIDOS:	ASTRID NARDELIZ ALCALA CHAVARRO		CC:	52.360.561	
CORREO ELECTRÓNICO:	ASTRIDALCALA@GMAIL.COM		RUT (NIT):		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 41 BIS SUR 13 C 12 ESTE		TELÉFONO:	3227036126	
			CIUDAD:	BOGOTÁ	
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.					
NO tomaré costos y deducciones			(X)		
SI tomaré costos y deducciones			()		
La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.					
Regimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación				SI ()	NO (X)
BANCO AL CUAL CONSIGNAR: NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	8400774439
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 5237 2024	Nº CDP:	3662	Nº. RP:	44759
FECHA DE INICIO CONTRATO	24/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30/11/2024	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/11/2024 AL 30/11/2024				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 2.460.374				
	DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE				
<div style="font-family: cursive; font-size: 1.2em; margin-top: 10px;">Astrid Alcala</div>					
NOMBRE: ASTRID NARDELIZ ALCALA CHAVARRO CC 52.360.561 CEL 3227036126					

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			ASTRID NARDELIZ ALCALA CHAVARRO		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			52.360.561		
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5237 2024		FECHA INICIO CONTRATO	24/10/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO			\$ 3.280.499		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 3.280.499		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.460.374	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	2	Nº CRP INICIAL:	44759	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	3662
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	7948160875		OPERADOR:	SIMPLE	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº ()	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRORROGA):		ADICIÓN ()	PRORROGA ()
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA	RP DE LA	TIEMPO	(MESES O DIAS)
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO		X	
Nº DE PÓLIZA:	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:				
FECHA DE LA PÓLIZA	ACTO ADMINISTRATIVO DE				
IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS					
SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.					
ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS			SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?			X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?			X	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?			X	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?			X	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?			X	
Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del 01/11/2024 AL 30/11/2024					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:					
		NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: LORENZA BECERRA CAMARGO CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05			
					
		NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: SANTIAGO SERRANO ROJAS PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR			

Simple

PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-11-15, 08:48:05 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Numéro Planilla: 1068093131

Periodo Cotización: octubre de 2024

Periodo Servicio: octubre de 2024

Referencia pago (PIN): 8822626500

PAGADO 15/11/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ASTRID NARDELIZ ALCALA CHAVARRO		
Documento	CC52360561	Dirección	CLL 41 BIS SUR # 13 C - 12 ESTE
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3227036126
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado			Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Sueldo Cotizante	NO	RED	RET	RET	RET	RET	RET	RET	RET	RET	RET	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
DC 52360561	ASTRID NARDELIZ ALCALA CHAVARRO	59	00												(35-14) COLPENSIONES	\$ 1.300.000	\$ 206.000	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	\$ 1.300.000	\$ 162.500	P.136	\$ 1.300.000	\$ 21.700	(SIV-CC) NINGUNA CDP	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 402.200	

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes SENA	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.300.000	\$ 1.300.000	\$ 1.300.000	\$ 0	\$ 206.000	\$ 162.500	\$ 21.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 402.200	\$ 0	\$ 402.200

TRANSACCIÓN APROBADA

Comprobante de la transacción

Referencia / PIN

8822626500

Periodo de cotización

202410

Numero aprobación (CUS)

1051312887

Banco

DAVIPLATA

Valor pagado

\$ 402.200

Fecha de pago

2024-11-15 08:31:05.0

Respuesta

¡Tu pago ha sido aprobado!

[Descargar Comprobante](#)

